

Rubrik
**Antikoagulantia, remiss för
utsättning**

Dokumenttyp
Riktlinje

Gäller from 2017-11-01
Giltigt t o m 2022-05-31

Sida:

Författare
Kristensson Ulrika S

Faktaägare
Rönnängsgård Alexandra

1 (2)

Gäller för (enhet)
**Akutmottagning Trelleborg;
Medicinnottagning
Trelleborg;
Medicinavdelning 11;
Medicinavdelning 12;
Medicinavdelning 22**

Utskrivet dokument gäller inte som original!

Version:
5

Remiss till AK-mottagningen, för utsättning av antikoagulantia inför elektivt ingrepp

Patient

Namn	Personnummer
------	--------------

T Warfarin Orion®/T Waran 2,5 mg

NOAK-preparat

Polikliniskt ingrepp

Inneliggande ingrepp

Typ av ingrepp _____

Datum för ingrepp _____ kl: _____

Plats för ingrepp _____

Kontaktuppgifter till remitterande:

Namn

Tfn

Fax

Patienten ska ha preoperativ profylax med LMH (ange preparat och dos)

Övrig information _____

Avsändare _____

Datum _____

Remiss skickas med internpost till AK-mottagningen.